Eerste Kamer der Staten-Generaal 1

Vergaderjaar 2015–2016

# 33 675 Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken

## B VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT[1]

Vastgesteld 16 februari 2016

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel geeft de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

### Inleiding

De leden van de fractie van **D66** hebben met belangstelling kennisgenomen van voorliggend wetsvoorstel. Zij hebben naar aanleiding daarvan nog enkele vragen.

De leden van de fractie van **PVV** hebben met belangstelling kennisgenomen van voorliggend wetsvoorstel. Zij hebben naar aanleiding daarvan nog een paar vragen.

De leden van de **SP**-fractie hebben na kennisneming van het wetsvoorstel nog een tweetal vragen die zij de regering graag voorleggen.

De leden van de fractie van **GroenLinks** hebben met genoegen kennisgenomen van het voorstel om de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen. Zij hebben nog enkele vragen.

### Bekostiging en effectiviteit

Graag zouden de leden van de **D66**-fractie nader geïnformeerd worden over de totale kosten die te verwachten zijn van de kant van de zorgaanbieders. Om hoeveel zorgaanbieders gaat het en op welke wijze wordt

[1] Samenstelling:
Ten Hoeve (OSF), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Beuving (PvdA), Ganzevoort (GL), De Grave (VVD), Martens (CDA) (*voorzitter*), Schouwenaar (VVD), Bruijn (VVD) (*vice-voorzitter*), Gerkens (SP), Kops (PVV), Atsma (CDA), Bredenoord (D66), Dercksen (PVV), Van Dijk (SGP), Don (SP), Van Hattem (PVV), Krikke (VVD), Nooren (PvdA), Oomen-Ruijten (CDA), Prast (D66), Van Rooijen (50PLUS), Schnabel (D66), Wezel (SP)

kst-33675-B
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

bepaald of zij eerder het minimum (€ 100.000) dan wel het maximum (€ 700.000) als vergoeding zouden moeten ontvangen? Gebeurt de toekenning van het bedrag op basis van een kostenraming of op basis van afrekening op grond van werkelijk gemaakte kosten?
Voor een anonieme e-mental health interventie wordt uitgegaan van totaal € 312 voor een behandeling. Moet dit zo gelezen worden dat de regering ervan uitgaat dat een zorgaanbieder op jaarbasis minimaal 300 en maximaal meer dan 2.000 patiënten anoniem zal gaan behandelen? Hoe verhoudt zich dat tot het totale cliëntenbestand kortdurende behandelingen van de betreffende zorgaanbieder, zo vragen deze leden.

De leden van de **PVV**-fractie vragen of de regering aan kan geven in hoeverre deze regeling voorziet in de vergoeding van kosten voor vertolking bij niet-Nederlandstalige e-mental healthcliënten? Kunnen dergelijke kosten worden uitgesloten?

De leden van de **GroenLinks**-fractie constateren dat de bekostiging om te beginnen beperkt is tot bewezen effectieve interventies. Welke mate van bewijsvoering wordt daarbij vereist? Wordt hier aangesloten bij professionele standaarden of bij de bevindingen van een erkenningscommissie interventies GGZ? Is er een sluitende lijst van te bekostigen interventies?

Op welke wijze kan van bewezen effectiviteit gesproken worden bij interventies die vooral op preventie gericht zijn? Gaat het dan om effectiviteit op het niveau van de populatie of om effectiviteit op het niveau van het individu, zo vragen de leden van de GroenLinks-fractie.

**Anonieme zorg en doelgroep**

De leden van de **D66**-fractie vragen of anonimiteit in dit kader ook betekent dat cliënten feitelijk over de mogelijkheid beschikken naast een reguliere behandeling nog een tweede anoniem traject te volgen, eventueel ook bij een andere zorgaanbieder. Geeft de anonimiteit ook niet-verzekerden en illegaal in Nederland verblijvenden de gelegenheid gebruik te maken van e-mental health voorzieningen? Welke garanties zijn er dat de hulpvrager inderdaad terecht en rechtens een beroep doet op e-mental health? Is er voor een zorgaanbieder een mogelijkheid om via anonieme e-mental health het zorgaanbod in met name de intakefase uit te breiden naar cliënten die in principe geen beroep zouden hoeven te doen op anonimiteit?

Het contact met de zorgaanbieder in de GGZ komt niet tot stand op initiatief van de zorgaanbieder, maar van de potentiële zorgvrager of de verwijzer. In het geval van anoniem gewenste hulp zal er meestal geen verwijzer zijn, maar hoe kan de zorgvrager dan weten dat hij of zij anoniem hulp kan krijgen? Zijn er gegevens over de huidige situatie op dit gebied? Graag horen de leden van de D66- fractie van de regering welke informatie zij heeft over de wijze waarop nu anonieme e-mental health wordt aangeboden en hoe de zorgaanbieders denken dit na aanname van dit wetsvoorstel te gaan doen.

En, zo vragen deze leden, is een consequentie van anonieme e-mental health dat de betrokken cliënt geen mogelijkheid heeft om over de behandeling een klacht in te dienen. Verder is er in het wetsvoorstel nog sprake van DSM[2]-IV. Wordt dat bij invoering DSM-5?

De leden van de **SP**-fractie merken op dat dit wetsvoorstel het mogelijk maakt structurele financiering te waarborgen van een beperkt aanbod van

[2] Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders.

anonieme e-mental health interventies ten behoeve van de eerstelijns psychologische zorg of toegeleiding naar die zorg. Deze zorg is bestemd voor patiënten die kampen met psychische problematiek en die anders geen zorg gebruiken, terwijl zij dit wel nodig hebben, zo wordt beschreven in memorie van toelichting. In de memorie van toelichting wordt dus uitgegaan van anonieme GGZ-interventies in de vorm van e-mental health. Met de voorgestelde wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt artikel 70a ingevoegd, waarvan het eerste lid luidt: «Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het Zorginstituut een subsidie verstrekt aan zorgaanbieders ten behoeve van kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden voor zover het gaat om kortdurende generalistische behandeling van een persoon met lichte tot matig ernstige psychische problematiek, inclusief de daarbij behorende diagnostiek of toegeleiding naar die zorg, die niet in rekening te brengen zijn bij de zorgverzekeraar of de individuele verzekerde, omdat de identiteit van de verzekerde niet kan worden vastgesteld.»

Daar waar de memorie van toelichting de te leveren geneeskundige GGZ-zorg als zijnde anonieme e-mental health beschrijft, is de tekst in de voorgestelde wijziging van de Zvw ruimer gedefinieerd. In de voorgestelde gewijzigde wetstekst wordt melding gemaakt van kortdurende generalistische behandeling van personen waarvan de identiteit niet kan worden vastgesteld. Naast anonieme e-mental health is er ook nog een andere vorm van anonieme GGZ-zorg zoals de telefonische GGZ-zorg aan personen die niet willen dat hun identiteit bekend wordt gemaakt. Te denken valt aan anonieme telefonische zorg van personen met pedoseksuele problemen vanuit een forensische GGZ-instelling, maar ook aan kortdurende telefonische zorg van personen met suïcidale gevoelens die hun identiteit niet bekend willen maken. Naar aanleiding van het bovenstaande willen de leden van de SP-fractie graag weten of deze vormen van telefonische anonieme GGZ-zorg onder de reikwijdte van de hier voorgestelde wettelijke veranderingen van de Zvw vallen. Zo ja, wordt het dan voor een GGZ-instelling mogelijk om deze vorm van anonieme GGZ-zorg te leveren door gebruik te maken van de toekomstige subsidieregeling van het Zorginstituut?

Hoewel de leden van de fractie van **GroenLinks** begrijpen dat de regering tracht te voorkomen dat van de regeling gebruik wordt gemaakt door personen die, in plaats van een dringende psychologische reden, bijvoorbeeld vanwege de kosten anonieme hulp zoeken, hebben zij grote vragen bij de uitvoerbaarheid. Op welke wijze kan de zorgaanbieder aantonen dat de interventies alleen gebruikt worden door de beoogde categorie? Hoe kan worden voorkomen dat een stringent beleid op dit punt alsnog afschrikwekkend werkt voor kwetsbare cliënten?

**Ernstig bedreigde cliënten**

De leden van de **D66**-fractie vernemen graag of er een cijfermatig beeld is van het aantal cliënten dat in het persoonlijk leven ernstig bedreigd wordt. Is het beeld juist dat deze patiënten niet anoniem hoeven te blijven voor de hulpverlener, maar juist wel voor iedereen die in andere zin – bijvoorbeeld via de administratie en de facturering – bij de behandeling is betrokken? Geldt voor deze cliënten dezelfde kortdurende interventie als voor de andere cliënten die anonieme behandeling wensen? Moeten de kosten voor de hulp aan ernstig bedreigde cliënten uit het «anonieme» budget van de zorgaanbieder betaald worden? Hoe absoluut is de geheimhoudingsplicht van de hulpverlener als deze in de loop van de behandeling merkt dat de cliënt slachtoffer is van een zeer ernstig misdrijf

of verkeert in een omgeving waar dergelijke misdrijven beraamd en uitgevoerd worden?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk 11 maart 2016.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Martens

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer